

# COMMUNIQUÉS POLICY

No. 2 • September 2002

DE PLANIFICATION ET FINANCES

## Fixer des priorités en santé de la reproduction : leçons apprises

- *Fixer des priorités en santé de la reproduction est une composante importante de la réforme du secteur de la santé car cela mène à une utilisation plus efficace des ressources.*
- *Fixer des priorités demande une bonne information des sources cliniques, épidémiologiques, financières et programmatiques.*
- *La participation de parties concernées multisectorielles est une composante clé de la fixation de priorités qui peuvent être traduites dans la réalité.*



Les Communiqués POLICY de Planification et Finances, série de résumés d'orientation, présentent les résultats et les implications de la recherche appuyée par POLICY. Cette série de résumés vise à montrer combien il est important de créer un contexte de politiques favorables qui encouragent un financement adéquat des programmes de PF/SR/SIDA.



# Fixer des priorités en santé de la reproduction : leçons apprises

« Dans la pratique, la mise en œuvre d'une stratégie en vue d'arriver [à des soins complets de santé de la reproduction] exigera que l'on se donne des priorités, car non seulement les ressources sont continuellement insuffisantes mais elles manquent de plus en plus — il n'est guère possible de faire tout, tout de suite et de le faire bien. »

Waddell, 1995

## Pourquoi fixer des priorités ?

En 1990, les problèmes et maladies de la santé de la reproduction représentaient un quart de la charge de morbidité globale pour les femmes en âge de procréer dans des pays en développement, proportion allant de 8 % en Chine à 40 % en Afrique subsaharienne (AbouZahr et Vaughan, 2000). L'encadré 1 mentionne certains des problèmes courants au niveau de la santé de la reproduction des femmes. Dans bien des endroits, la propagation du VIH/sida a aggravé ces problèmes (OMS, 1999). De nombreuses vies sont perdues, les conséquences économiques sont graves et les fardeaux sont partagés de manière bien inégale entre les riches et les pauvres et entre les habitants des zones urbaines et rurales.

Face à une telle situation, la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD) au Caire a préconisé des services de santé de la reproduction de nature complète. Pratiquement tous les pays accordent à présent dans leurs politiques une certaine attention à la prévention et au traitement des problèmes de santé de la reproduction. L'UNICEF, la Banque mondiale, le FNUAP et l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) sont au titre des nombreuses institutions d'aide et des bailleurs de fonds qui accordent une priorité à la santé de la reproduction. Toutefois, les ressources nécessaires à cette fin, tant nationales qu'internationales, continuent à

être insuffisantes. Nulle part, dans le monde en développement, les programmes de santé de la reproduction arrivent-ils à atteindre toutes les personnes qui en ont besoin. Nulle part, n'exploitent-ils toutes les connaissances et la technologie que leur offrent la science médicale et la santé publique. Nulle part, pas même dans les pays industrialisés, n'est-il possible de tout faire tout de suite. Aussi, faut-il que les décideurs et les responsables de programmes se donnent des priorités. Voici le type de questions qu'il faut envisager à ce propos :

- Quels sont les services de santé de la reproduction qu'il faut fournir maintenant ?
- Quels sont les services de santé de la reproduction que l'on pourra dispenser plus tard ?
- A quel niveau de service ?
- Dans quelles circonstances ?
- Et quels sont les services de santé de la reproduction qui ne seront pas fournis du tout ?

Il arrive parfois dans un ministère de la Santé (MS) ou dans un établissement sanitaire local que personne ne se pose ces cinq questions relatives aux priorités. Mais, même si elles ne sont pas posées, elles trouveront probablement une réponse ! En effet, à la fin de la journée, du mois et de l'année, on se rendra bien compte que certains traitements ont été refusés en faveur d'autres, que certains services ont été fournis avec retard et que certains groupes à risque sont partis sans avoir reçu l'information et les conseils nécessaires. De fait, les cinq questions sur les priorités trouvent toujours une réponse mais celle-ci n'est pas toujours satisfaisante.

Que se passe-t-il dès lors quand personne ne s'attaque directement à ces questions sur les priorités, quand personne ne décide de manière explicite et en avance du type de services qu'il faut fournir de manière prioritaire et sur lesquels il faut insister ? D'où proviennent alors ces

## ENCADRÉ 1 :

### Quels sont les problèmes courants de santé de la reproduction qui touchent les femmes ?

- Morbidité et mortalité maternelles
- Grossesses non souhaitées
- Infections du tractus génital/ infections sexuellement transmissibles (ITG/IST)
- Cancers des organes de la reproduction
- Complications liées à l'avortement
- Violence sexuelle et à l'égard des femmes
- Stérilité
- Soins pré-ménopause et post-ménopause
- Santé de la reproduction chez les adolescents

réponses ? L'encadré 2 présente des réponses provenant de plusieurs responsables de programmes. Les décisions peuvent être influencées par des bailleurs de fonds, des modes d'octroi de ressources adoptés par le passé et autres aspects politiques, juridiques et éthiques.

Nul doute, les décisions concernant l'octroi de ressources ne sont pas toujours systématiques et ne représentent pas toujours la meilleure valeur de l'argent investi. Heureusement qu'il existe une manière nettement meilleure de prendre les décisions : *se fixer des priorités*. En effet, si l'on veut accomplir la tâche et mener à bien le travail, il est tout à fait normal de se donner des priorités. Souvent, on fixe les priorités une fois adoptés les grands buts — par exemple, après l'adoption d'un but de politiques visant à améliorer la santé de la reproduction en consacrant un certain niveau de ressources. En se donnant ensuite des priorités, on détermine ce qui sera accompli en premier avec ces ressources, ce qui sera fait par la suite et ce qu'on laissera de côté. Connaissant ces priorités, les responsables de programmes peuvent déterminer les plans d'intervention et de fonctionnement.

## Comment fixer les priorités ?

Il faut une combinaison de mesures, d'intrants et d'intervenants pour fixer des priorités. L'utilisation d'informations exactes et pertinentes et la participation des principales parties concernées sont des préalables de la fixation de priorités (voir encadré 3 pour des

Le présent numéro de la série *Communiqués POLICY de Planification et Finances* a été préparé par William Butz et Suneeta Sharma avec l'assistance technique de Kokila Agarwal, Harry Cross, Varuni Dayaratna, Karen Hardee, Jeff Sine et Carol Shepherd du Projet POLICY ainsi que par JoAnn Epp de la Banque mondiale. Les auteurs tiennent à remercier Liz Schoenecker et Rose McCullough de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) pour leur examen attentif et commentaires constructifs et pour leur soutien en général lors de l'élaboration des résumés d'orientation. Les vues exprimées dans ce document ne reflètent pourtant pas forcément les opinions de l'USAID.

Le Projet POLICY est financé par l'USAID aux termes du contrat numéro HRN-00-00-00006-00 et il est mis en œuvre par le Futures Group International en collaboration avec le Research Triangle Institute (RTI) et le Centre pour les Activités de Développement et de Population (CEDPA).

**ENCADRÉ 2 :****D'après les responsables de programmes, quelles sont les influences sur les priorités ?**

- « Les bailleurs de fonds exercent une profonde influence sur la détermination des activités qui seront réalisées. Si une activité n'est pas financée par des bailleurs de fonds, elle ne verra pas le jour. » (Zambie, Malawi, Mozambique)
- « Les dépenses actuelles sont déterminées par des modes d'octroi passés. » (Thaïlande)
- « Certaines activités sont jugées nécessaires alors qu'on n'en connaît pas l'efficacité. » (Honduras, El Salvador)
- Certains facteurs ou aspects politiques, juridiques et éthiques prennent parfois le pas sur les éléments économiques lorsqu'on décide des modes d'affectation des ressources (Afrique du Sud, Côte d'Ivoire)
- « Les budgets et les affectations budgétaires sont parfois décidés au cas par cas, de manière peu systématique. » (Nicaragua, Guatemala)
- « Il n'existe aucune connexion entre la planification au niveau du gouvernement local et le financement central. » (Kenya)

Source : Bollinger et Stover, 2000

exemples de parties concernées par la santé de la reproduction). La Figure 1 situe le processus de fixation des priorités dans un contexte politique et programmatique efficace. Dans la pratique, lorsqu'on fixe des priorités, il faut examiner et revoir les priorités existantes pour pouvoir se concentrer sur des interventions particulières qui amélioreront la santé de la reproduction de la population. Le processus exige l'information et les analyses suivantes :

- Evaluer la charge de morbidité de chaque problème retenu au niveau de la santé de la reproduction. L'importance d'un problème de santé de la reproduction augmente parallèlement à sa gravité pour la personne concernée, à l'ampleur du problème au sein de la population, à sa relation avec la morbidité et la mortalité imputables à d'autres maladies et à la part que joue le problème au niveau des problèmes sociétaux et violations des droits humains.

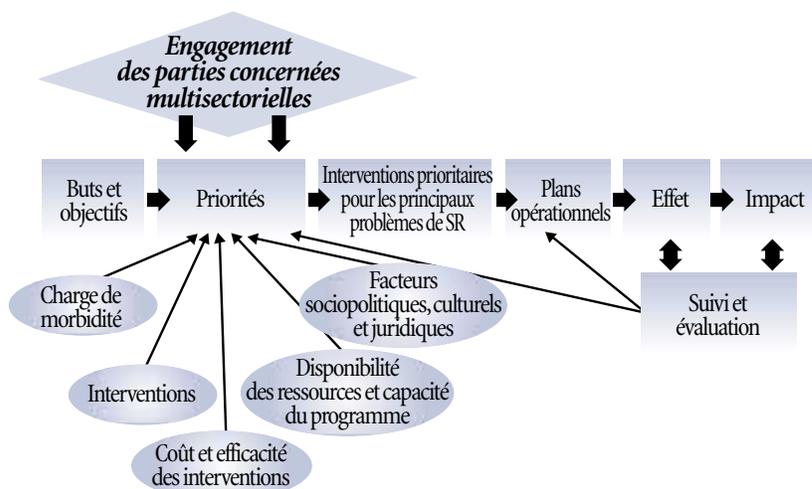
- Envisager toutes les interventions ou options raisonnables dans le domaine de la santé de la reproduction qui peuvent traiter ces problèmes.
- Collecter l'information clinique, épidémiologique, financière et programmatique disponible sur les options afin de soupeser le coût et l'efficacité de chaque option. L'information internationale et celle se rapportant au contexte spécifique sont pertinentes et doivent être prises en compte.

En utilisant l'information clinique et épidémiologique, on évalue dans quelle mesure chaque option est capable d'améliorer le problème de santé de la reproduction auquel elle s'adresse. En utilisant l'information financière et programmatique, on évalue les conditions *supplémentaires* du programme et les coûts de chaque option au vu des locaux, de l'infrastructure, de l'équipement et du personnel déjà en place. Il faut accorder une attention spéciale aux interventions telles que le traitement des IST qui profitent à d'autres personnes outre celles recevant directement les services. Aucune personne ne saurait assumer à elle seule le coût des avantages de santé publique que représente son traitement pour la communauté prise dans son ensemble, et par conséquent le gouvernement doit assumer du moins une partie de ces coûts. En outre, il est important d'évaluer l'impact financier des *nouvelles* interventions. Envisagez des options que les prestataires du secteur privé sont dans l'incapacité de financer car ils ne peuvent pas faire payer les clients pour ces services. Évitez d'offrir des services gratuits ou subventionnés à des clients qui payent déjà pour ces services.

- En utilisant l'information financière et programmatique, évaluer la disponibilité des ressources et la capacité du programme en ce

**ENCADRÉ 3 :****Parties concernées par la santé de la reproduction**

- Responsables de programmes
- Décideurs en santé
- Associations professionnelles
- Groupes de plaidoyer
- Groupements communautaires féminins et masculins
- Fournisseurs commerciaux privés
- Groupements religieux
- Bailleurs de fonds
- Représentants du grand public (hommes et femmes)
- Organisations non gouvernementales (ONG)

**FIGURE 1 :****Fixer des priorités dans un contexte de politiques et programmes efficaces<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Les priorités sont définies comme étant les problèmes les plus importants de santé de la reproduction pour lesquels on évalue diverses interventions en vue de les résoudre. Ensuite, les interventions peuvent être classées en ordre prioritaire par les parties concernées sur la base des données collectées pendant l'évaluation. Les effets sont les résultats obtenus au niveau du programme en exécutant les activités planifiées à l'aide des ressources du programme. Le nombre de naissances avec présence d'un prestataire qualifié grâce à une formation fournie par le programme est une mesure de l'effet de l'intervention. L'impact est le résultat spécifique que le programme s'efforce d'atteindre. La diminution en pourcentage de la mortalité maternelle est un exemple de l'impact que souhaite atteindre un programme. L'impact visé par un programme est relié aux buts fixés.

qui concerne la mise en œuvre et le maintien de l'intervention de santé de la reproduction. La capacité du système représente le point de départ de toutes les adjonctions, modifications et éliminations des services. En connaissant cette capacité, on peut fixer des priorités en toute connaissance de cause et les planificateurs de programmes pourront déterminer quelles sont les interventions réalistes, à savoir celles qui peuvent être exécutées avec les capacités existantes et celles qui demandent des niveaux viables de renforcement des capacités versus celles qui exigent des augmentations impossibles de ressources financières et humaines.

- Évaluer, pour chaque option, les facteurs favorables ou avertisseurs sur le plan sociopolitique, culturel, juridique et dans l'optique de l'équité entre les sexes et les droits humains.

En fixant les priorités, il faut toujours tenir compte de l'environnement institutionnel et politique particulier. Les priorités peuvent être fixées à n'importe quel niveau — du programme à la région, à la nation et au-delà. De même, des priorités peuvent être fixées pour une activité particulière, telle que la santé de la reproduction, ou pour le secteur de la santé

dans son intégralité. En dernière analyse, les gouvernements nationaux et les organisations d'assistance internationale peuvent fixer des priorités pour une vaste gamme de domaines de politiques. Il existe des modèles et techniques pratiques pour aider les décideurs et les responsables de programmes à fixer des priorités, peu importe que leur domaine de responsabilités soit étendu ou au contraire plus limité.

Un planificateur de programme qui a choisi la méthode recommandée pour fixer des priorités se retrouvera avec une option qui répond aux caractéristiques suivantes :

- Répond à un important problème de la santé de la reproduction ;
- A toutes les chances d'améliorer le problème ;
- Est réaliste au vu de la capacité du système et n'impose que de faibles coûts et conditions supplémentaires pour le programme. Exception possible toutefois à cette règle : le besoin de renforcer la capacité pour répondre à des problèmes nouveaux ou des problèmes qui s'aggravent rapidement, tels que le traitement des infections opportunistes associées au VIH/sida ;
- Complète plutôt que remplace les services que fournit déjà le secteur commercial et ce que payent déjà les clients ;

- Comporte peu de conséquences culturelles négatives ; et
- Jouit d'un solide soutien de la part des parties concernées.

Aux yeux du planificateur, telle autre option ne sera pas choisie si elle répond au même problème mais a des caractéristiques et effets contraires à ceux mentionnés. Toutefois, dans la pratique, la ligne de partage n'est pas aussi clairement marquée entre les principales options et c'est la raison pour laquelle, le planificateur peut aider à guider un groupe de parties prenantes tout au long de la détermination des priorités pour la santé de la reproduction en utilisant des processus décisionnels de groupe.

## Comment fixe-t-on les priorités dans la pratique ?

### Modèles et techniques pour fixer les priorités

Les modèles et techniques disponibles pour fixer des priorités ont généralement pour point de départ une discussion de groupe servant à identifier des problèmes de santé de la reproduction ainsi que les options disponibles pour les traiter et les résoudre. Ces modèles présentent ensuite au groupe une méthode systématique pour fixer les priorités, notamment l'analyse de l'information actuelle. L'approche risque d'être différente mais les modèles et les techniques cherchent tous à organiser les étapes de la décision de manière logique, évitant ainsi de soumettre chaque problème de santé de la reproduction et chaque option possible au même examen approfondi. Le tableau 1 présente les différents modèles et techniques de fixation de priorités.

### Leçons clés apprises des applications POLICY

*Il faut une bonne information pour fixer des priorités.* Les parties concernées auront besoin de données et d'information des sources cliniques, épidémiologiques, financières et programmatiques pour décider quelles sont leurs priorités sur le plan de la santé de la reproduction. Elles utiliseront l'information clinique et épidémiologique pour évaluer la mesure dans laquelle chaque option est susceptible d'améliorer le problème de santé de la reproduction auquel elle s'adresse. Elles utiliseront l'information financière et programmatique pour évaluer la capacité du système de santé de la reproduction et voir s'il est capable d'exécuter et de maintenir les différentes interventions ainsi que les conditions et coûts supplémentaires du programme liés à chaque option. L'encadré 4 présente une étude de cas montrant comment le Projet POLICY aide les parties concernées à

### ENCADRÉ 4 :

#### Quelle est l'information qui va étayer le processus de fixation des priorités en Ukraine ?

En mars 2001, l'Ukraine a approuvé le Programme national de santé de la reproduction (PNSR), 2001-2005. Afin de formuler des plans d'exécution réalistes pour le PNSR, les collectivités locales avaient besoin de fixer des priorités qui allaient garantir un octroi plus efficace des ressources. Pour cela, il leur fallait des informations sur les coûts relatifs et l'impact, la viabilité politique et la charge de morbidité.

POLICY a aidé la ville de Kamianets-Podilsky à délimiter six domaines prioritaires de santé de la reproduction en adaptant le Cadre Columbia au contexte local et en apportant l'information suivante pour étayer l'exercice de fixation des priorités :

- *Coût des interventions de santé de la reproduction* : estimation du coût des interventions de santé de la reproduction répondant aux six problèmes prioritaires retenus par Kamianets-Podilsky.
- *Capacité du système de santé* : réalisation d'une étude sur l'utilisation efficace des ressources pour les interventions ciblées.
- *Facteurs culturels et sociaux* : interviews avec les parties concernées à propos de facteurs sociaux et culturels tels que les préférences contraceptives et l'optique sur la stérilité, exerçant une influence sur la prestation de services de santé de la reproduction.
- *Efficacité des interventions* : Information internationale pour évaluer l'efficacité des interventions de santé de la reproduction.

Cette information a été synthétisée dans un livret que POLICY a ensuite utilisé comme outil de base pour l'exercice de fixation de priorités. Utilisant les priorités retenues, POLICY a aidé le groupe multisectoriel à formuler un plan de mise en œuvre des interventions de santé de la reproduction.



**TABLE 1.**  
**Modèles et techniques pour fixer les priorités**

<b>Cadre Columbia</b>	Le Cadre Columbia aide les décideurs et les planificateurs à choisir les priorités du programme parmi les nombreux problèmes et interventions possibles au niveau de la santé de la reproduction. Le cadre propose une application systématique de six facteurs pour choisir les interventions prioritaires répondant aux principaux problèmes de santé de la reproduction (McGinn et al., 1996). Les responsables de la santé au Népal et en Ukraine ont appliqué ce modèle conjointement avec le Projet POLICY.
<b>Modèle de l'ensemble des services essentiels (ESE)</b>	Le modèle ESE (ESP en anglais) est un outil informatique permettant de mesurer les impacts, d'estimer les coûts et de fixer les priorités. Le Projet POLICY, en collaboration avec le Research Triangle Institute et le Centre pour les activités de développement et de population ont mis au point ce modèle. Le MS a collaboré avec le Projet POLICY pour appliquer le modèle aux programmes de santé de la reproduction au Bangladesh (Projet POLICY, 2000).
<b>Modèle BUTS pour le VIH/sida</b>	Le Modèle BUTS (GOALS) étaye la planification stratégique nationale en reliant les buts et le financement du programme. Il peut être utilisé pour montrer comment la distribution des fonds affectera la prévalence et la couverture du VIH/sida. Le projet POLICY, en collaboration avec Horizons, a mis au point ce modèle et a collaboré avec les MS pour l'appliquer à la lutte contre le VIH/sida au Lesotho, au Cambodge, au Kenya et en Afrique du Sud (Stover et al., 2001).
<b>Modèle Musgrove</b>	Le Modèle Musgrove propose neuf critères pour prendre les décisions concernant les dépenses publiques pour les soins de santé et spécifie les relations hiérarchiques entre ces critères. Structurer la prise de décisions en fonction de ces relations fait gagner temps et efforts en éliminant dès le début les options peu réalistes. Ce modèle a été mis au point par l'Institut de la Banque mondiale et il est utilisé dans sa formation (Musgrove, 1999).
<b>Technique du groupe nominal</b>	La Technique du groupe nominal est une technique très structurée qui passe de l'exercice en roue libre d'identification et de présentation d'options, en fonction des contributions individuelles des membres, à l'étape de fixation de priorités où chaque option est assignée à l'une des quatre catégories prioritaires. Mise au point dans les années 60, cette technique a été très utilisée dans la Gestion de qualité totale pour le processus décisionnel organisationnel et le domaine des soins de santé (Jones et Hunter, 1999).
<b>Analyse des parties concernées</b>	L'analyse des parties concernées est une technique systématique avec des étapes et des applications bien définies pour déterminer les pouvoirs, intérêts et influences des parties concernées face à telle politique particulière. S'inspirant des sciences politiques, cette technique a été utilisée pour la formulation des politiques sanitaires et la planification en santé (Brugha et Varvasovszky, 2000).

utiliser une information à jour pour fixer des priorités en Ukraine.

Lorsqu'on collecte l'information pertinente pour fixer les priorités, on peut puiser dans l'information internationale et dans celle se rapportant plus spécifiquement au contexte en question. Le premier type d'information sert par exemple à caractériser les aspects du fonctionnement d'un établissement selon des protocoles acceptés couramment. Le deuxième type d'information sera nécessaire pour décrire la capacité du système de santé et les aspects juridiques dans le pays ou la région en question. Les données internationales d'autres pays suffiront probablement dans les cas où les différences de coût ou d'efficacité d'une intervention à l'autre seront bien plus importantes que la variation de coût ou d'efficacité d'un contexte à l'autre. Les sources d'information peuvent être les suivantes : « Guide du Projet POLICY sur les interventions efficaces et reposant sur des données probantes en santé de la reproduction et lutte contre les IST/VIH/sida » ; les études scientifiques ; les protocoles de procédures ; et

les bases de données mondiales et régionales (Gay et al., 2002). L'information relative à certains sujets — questions culturelles et droits juridiques et humains, par exemple — ne sera pas numérique mais n'en sera pas moins importante.

Bien souvent, l'information en santé de la reproduction dont les décideurs auraient pourtant besoin ne sera pas disponible et, si tant est qu'elle le soit, elle risque d'être obsolète ou inexacte. Il n'en reste pas moins que les décideurs et les planificateurs doivent fixer des priorités et prendre des mesures en utilisant les meilleures données disponibles. Utilisant ce qu'ils peuvent obtenir, les planificateurs devront synthétiser les données et informations pertinentes dans un livret. Les partenaires concernés recevront et examineront ce matériel avant l'exercice de fixation de priorités.

*Une participation plus vaste et le consensus contribuent à une mise en œuvre efficace.*  
Bien des raisons expliquent le rôle très important que joue une participation

multisectorielle lorsqu'on détermine des priorités qui peuvent être utilisées dans la pratique. D'abord, une vaste représentation crée un processus transparent qui aide à arriver à un consensus et qui permet au gouvernement de puiser dans les synergies des divers secteurs. Ensuite, il est important de forger des accords de collaboration avec d'autres institutions et ministères, avec des bénéficiaires et des groupes communautaires et avec le secteur commercial au fur et à mesure que le gouvernement traduit ses priorités en actions concrètes. Imaginons par exemple que la priorité consiste à promouvoir les adoptions ou à augmenter l'aide économique et sociale pour les femmes enceintes. Il serait fort utile dans le cadre de telles mesures de travailler en collaboration avec des organisations confessionnelles. Les consommateurs eux-aussi fixent des priorités quand ils montrent leurs préférences pour (ou indifférence à) telle ou telle méthode de PF/SR et ces priorités guident la fixation des priorités publiques. Aussi, quand il s'agit de l'impact sur la santé, est-il capital d'avoir une vaste coopération car ces indicateurs de l'impact

répondent à diverses influences dans l'environnement pas simplement aux facteurs de la santé de la reproduction.<sup>2</sup> L'encadré 5 présente une étude de cas montrant comment POLICY travaille avec les parties concernées au Lesotho pour évaluer les différentes options d'octroi de ressources.

*Le processus de fixation des priorités doit être souple.* La réforme du secteur de la santé modifie profondément les manières dont les services de santé de la reproduction sont financés et dispensés et, partant, elle exerce également une profonde influence sur le processus de fixation des priorités. Dans certains pays, les activités relatives à la santé de la reproduction et la réforme du secteur de la santé sont complémentaires et compatibles. Dans d'autres pays, les buts de la réforme du secteur de la santé et ceux de la santé de la reproduction vont parfois à l'encontre les uns des autres. Dans de tels cas, il est préférable de décrire certaines priorités de la santé de la reproduction en termes d'équité, par exemple le besoin non satisfait sur le plan de la contraception ou la prestation de services de santé de la reproduction aux groupes défavorisés et aux adolescents.

Il est important dans le cadre de la réforme du secteur de la santé de fixer des priorités en santé de la reproduction car une telle démarche mène à une utilisation plus efficace des ressources. Bien des pays embarqués dans la réforme du secteur de la santé ont formulé des ensembles de services essentiels (ESE) qui spécifient des services prioritaires, des interventions efficaces par rapport aux coûts et les rôles des différents secteurs au niveau de la réalisation et du financement des interventions choisies.

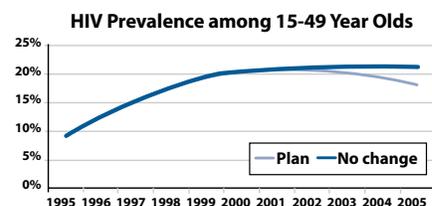
Lorsque les priorités sont décidées au niveau régional ou local, elles répondent mieux aux besoins à ce niveau et facilitent la participation communautaire. Cette participation accrue engendre à son tour une représentation diversifiée des groupes politiques, ethniques, religieux et culturels au processus décisionnel. En outre, la décentralisation de la prise de décision influence profondément le comportement de l'unité organisationnelle en question, qu'il s'agisse d'une province, d'une région, d'un district ou d'un hôpital/établissement de santé. Les activités du Projet POLICY en Bolivie, dont il est question dans l'encadré 6, sont un exemple du processus complexe à l'œuvre lorsqu'on délègue la prise de décisions et

#### ENCADRÉ 5 :

### Comment une vaste participation a-t-elle influencé l'octroi de ressources au Lesotho ?

Le Plan national de lutte contre le sida au Lesotho (2000/2001-2003/2004) fixe des buts dans les domaines de la prévalence, de l'incidence, du début des activités sexuelles, de l'utilisation du condom, des partenariats sexuels, des conseils, de l'équité entre les sexes, de pair avec des actions programmatiques pour atteindre ces mêmes buts. Le Modèle

**GOALS Model** For Estimating the Effects of Resource Allocation Decisions on the Achievement of the Goals of the HIV/AIDS Strategic Plan



BUTS, modèle d'affectation des ressources, adapté au cas du Lesotho, a été utilisé pour trier et retenir les moyens les plus efficaces par rapport aux coûts permettant d'arriver à la meilleure combinaison de résultats dans ces sept domaines visés.

Le responsable de la coordination du Programme de lutte contre le sida a encadré l'équipe multisectorielle regroupant des membres du ministère du Développement et de la Planification, Action positive, Alliance anti-sida du Lesotho et l'ONUSIDA. Le Projet POLICY a fourni une assistance technique et a formé des membres de l'équipe pour qu'ils puissent utiliser le modèle et l'adapter au plan stratégique du Lesotho.

L'équipe multisectorielle du Lesotho a utilisé ce modèle pour formuler diverses hypothèses budgétaires et étudier si l'on pouvait atteindre les buts escomptés à un coût plus faible. Les analystes ont aidé les planificateurs du gouvernement à préparer un récapitulatif et un inventaire détaillé des fonds nécessaires et des buts, documents que l'on pouvait ensuite présenter aux éventuels bailleurs de fonds. La nature participative de l'approche multisectorielle a permis aux décideurs d'accorder une plus grande attention aux recommandations relatives à l'affectation des ressources, faites par l'équipe de l'analyse.

#### ENCADRÉ 6 :

### Une approche participative, basée sur les besoins, au niveau municipal en Bolivie : que suppose un processus décentralisé de fixation des priorités ?

L'expérience du Projet POLICY en matière de planification municipale en Bolivie est un bon exemple de fixation de priorités et planification stratégique au niveau décentralisé. Au milieu des années 90, le gouvernement de la Bolivie a adopté deux lois novatrices qui posent le fondement du transfert des pouvoirs et du contrôle financier aux collectivités locales, habilitant chaque membre communautaire à participer à la gouvernance locale.



Avec l'assistance de POLICY, 11 municipalités ont traduit la loi en actions concrètes. POLICY a organisé des ateliers de planification participative, de trois jours, auxquels ont assisté plus de 450 femmes et hommes représentant des organisations de la société civile, des groupes autochtones, des groupements féminins, des groupes de jeunes et des collectivités locales. Les ateliers ont commencé par une discussion des lois. Ensuite, les participants ont utilisé diverses informations sur la santé, l'éducation et la situation économique de leur municipalité pour identifier les problèmes et leurs causes ; trouver des stratégies pour traiter ces problèmes et fixer des priorités parmi ces stratégies sur la base de la viabilité financière, politique et culturelle.

Un grand nombre de ceux présents à l'atelier ont participé par la suite à la planification municipale et ont partagé avec d'autres les techniques participatives de fixation des priorités qu'ils avaient utilisées pendant les ateliers. Par conséquent, les priorités des Plans de développement municipal de ces municipalités ciblées comprenaient pour la première fois des programmes et un financement pour la santé sexuelle et reproductive, domaine qui avait été retenu en tant que priorité pendant les ateliers.

<sup>2</sup> Les indicateurs de l'impact identifient les changements dans la santé de la reproduction au sein de la population cible qui sont dus aux interventions du programme.

l'autonomie financière du niveau central au niveau municipal du gouvernement.

Même avec des modèles de fixation de priorités, des données pertinentes et des participants bien informés, les priorités une fois fixées ne restent pas valides éternellement. Au fur et à mesure qu'évolue tel domaine de la santé de la reproduction ou que se propage telle maladie infectieuse, l'importance relative des différentes conditions change. La recherche peut introduire de nouveaux médicaments et de nouveaux traitements. D'autres institutions publiques ou le secteur commercial peuvent changer leurs propres activités, modifiant ainsi les interventions en cours. De nouvelles lois sont votées. Et, même si rien ne change, un nouveau groupe de parties concernées peut apporter de nouvelles valeurs sociétales au processus de fixation des priorités.

Exception faite de situations changeant rapidement, par exemple la propagation rapide du VIH/sida, il suffit probablement de fixer de nouvelles priorités tous les cinq ans. En effet, des changements plus fréquents au niveau des priorités, s'ils sont pris aussi sérieusement qu'ils devraient l'être, peuvent bouleverser davantage qu'ils n'aident le déroulement des programmes et l'application des politiques. Par ailleurs, avec des évaluations moins fréquentes, les priorités perdront peu à peu de leur fraîcheur et pertinence.

*Il n'est jamais facile de fixer des priorités : enjeux et complications.* Des objections seront formulées et des obstacles se dresseront pour ceux qui s'engagent dans un authentique exercice de fixation des priorités. Voici le type d'arguments qui seront avancés :

- Fixer des priorités prend du temps et de l'énergie qui auraient été mieux utilisés pour commencer tout de suite les interventions et les mettre en place.
- Les bailleurs de fonds internationaux ont souvent leurs propres priorités qui prendront les devants de toute manière — alors pourquoi perdre notre temps ?
- Nous n'avons pas le pouvoir de changer le cours des choses et nous devons prendre ce qu'on nous offre à cause du manque de ressources et des contraintes bureaucratiques.

Ces objections doivent être contrecarrées et les défis relevés pour encourager la participation et l'engagement de tous ceux concernés.

Même quand le processus se déroule sans heurts, les priorités qui seront acceptées tant par les professionnels de la santé qui doivent les traduire dans la réalité que par le public touché aboutissent souvent à des décisions difficiles. En effet, les fonds et le personnel

## ENCADRÉ 7 :

### Définition des priorités de la santé de la reproduction au Népal : pourquoi le suivi est-il important ?

En 1996, le Népal a formulé la Stratégie nationale de la santé de la reproduction (NPRS) intégrant les objectifs d'ensemble du *Programme d'action* de la CIPD. Toutefois, il a fallu attendre 1998 avant que la division de la Santé familiale (FHD) du département des Services de santé (DoHS) au Népal ne commence à fixer des priorités pour la prestation des services de santé de la reproduction par le secteur public.

La FHD a choisi le Cadre Columbia pour structurer la collecte de données et la fixation des priorités. Un bureau local de recherche a collecté l'information relative aux six problèmes de santé de la reproduction et aux 23 interventions retenues à cet effet. L'information a été compilée dans un livret d'orientation.

Avec l'assistance de POLICY, environ 50 représentants du MS, d'autres ministères, de bailleurs de fonds, des ONG, et du secteur commercial privé se sont rencontrés pendant deux jours pour définir des priorités dans le domaine de la santé de la reproduction. La discussion portait sur la NPRS, le livret d'orientation et les connaissances des participants de la table ronde.

À la conclusion de l'atelier, la déclaration finale des priorités a été consolidée sous forme de matrice des tendances. Toutefois, les priorités identifiées ne correspondaient pas entièrement à celles des principaux bailleurs de fonds. Le financement pour certaines activités ultérieures dans des domaines prioritaires n'a pas été accordé parce que les priorités des bailleurs de fonds n'ont pas reçu l'attention nécessaire. Par conséquent, les progrès ont été lents dans ces domaines. Cette contrainte n'a pourtant pas empêché l'exercice de fixation des priorités d'être couronné de succès. Un groupe de parties prenantes a été choisi pour formuler un plan d'action en vue de traduire dans la réalité ces priorités. Le DoHS a également convenu de renforcer la planification pour les interventions de santé de la reproduction placées dans le second groupe des priorités par le biais d'une recherche supplémentaire et d'appui technique. Le DoHS a réalisé une enquête nationale sur la santé des adolescents afin de mieux concevoir les programmes de santé destinés à ce groupe. Enfin, l'atelier fut l'occasion pour diverses parties prenantes d'apporter leur concours aux priorités du gouvernement dans le domaine des services de santé de la reproduction. L'atelier national est un grand pas en avant dans la longue voie pour déterminer les priorités nationales pour les services de santé sexuelle et reproductive au Népal.



qualifié pour les programmes hautement prioritaires sont souvent pris à un autre programme de santé de la reproduction qui est ainsi relégué au second rang ou alors prélevés dans un autre domaine à l'intérieur ou à l'extérieur du secteur de la santé. Par exemple, au Népal, alors même que son atelier de fixation des priorités a suscité un vif intérêt de la part des parties concernées, le mécanisme de suivi des priorités n'a pas reçu l'attention suffisante (voir encadré 7).

Les arguments militent en faveur de la définition des priorités de santé de la reproduction dans un cadre national ou local précis. L'encadré 8 sur la Jamaïque explique l'efficacité d'une telle démarche. Certes, les modèles et les données ont tous des limitations mais elles sont largement compensées par des hypothèses émises clairement, des délibérations ouvertes et un engagement continu de la part des parties prenantes. Il est également possible

que le processus de fixation des priorités ou ses résultats attirent de nouvelles ressources des sources publiques et privées, nationales ou internationales. De fait, les seules parties qui peuvent se dresser contre ce processus participatif sont celles qui défendent leurs plates-bandes et qui ont l'habitude d'imposer leur volonté.

Une mise en garde s'impose pourtant : S'il existe une entité puissante — bailleur de fonds, ministère national ou directeur d'un programme local — dont les propres priorités ne peuvent pas être influencées, quelle que soit la démarche participative, songez-y à deux fois avant de vous embarquer dans une telle voie. En effet, il n'y a rien de plus décevant qu'une initiative qui prend du temps et qui suscite de l'enthousiasme chez tous et dont on sait pourtant qu'elle ne peut rien changer. Et pourtant, dans un tel cas, il reste très important de renforcer l'engagement des parties concernées.

A l'évidence, les priorités des bailleurs de fonds et des gouvernements font partie de l'information qui doit être mise à la disposition des participants dans le cadre de l'exercice de fixation des priorités. Seulement, il faudrait que cela soit une partie du contexte et non pas la seule chose qui entre en ligne de compte.

## Synthèse

Se donner des priorités en santé de la reproduction est chose possible dans le contexte d'un pays en développement. Et c'est non seulement possible mais cela en vaut particulièrement la peine quand le pays traverse des changements et que les ressources sont modiques. Rien que l'engagement que cela entraîne chez les diverses parties concernées en vaut largement la peine. Et un plan opérationnel reposant sur de solides données est un atout en plus. Les avantages pour la santé de la reproduction sont remarquables quand on prend les ressources d'interventions peu rentables pour les placer dans des initiatives efficaces par rapport aux coûts. Et, par la suite, une activité réussie de fixation des priorités pourrait bien persuader les décideurs d'accroître les ressources totales disponibles. Par exemple, un meilleur dialogue et un plus grand engagement de la part des secteurs public et privé, tant au niveau du financement que de la prestation des services prioritaires, permettront au système d'augmenter les ressources totales disponibles pour ces mêmes services.

Cela vaut presque toujours la peine de suivre une démarche systématique pour fixer les priorités.<sup>3</sup> Même quand le processus n'utilise pas autant de données que dans le cas des exemples présentés ici, la seule participation de diverses parties concernées au débat peut poser les fondements d'un emploi plus efficace des ressources disponibles. Heureusement qu'il existe les outils et l'assistance disponible pour qu'une telle fixation des priorités soit une tâche possible et à la portée de tous. ♦

<sup>3</sup> Exception possible : la présence d'une entité puissante dont on ne peut pas influencer les priorités.

### Pour de plus amples informations, prière de contacter :

Director, POLICY Project  
Futures Group International  
1050 17th Street, NW, Suite 1000  
Washington, DC 20036

Tel: (202) 775-9680

Fax: (202) 775-9694

E-mail: [policyinfo@ffgi.com](mailto:policyinfo@ffgi.com)

Internet: [www.policyproject.com](http://www.policyproject.com)

## ENCADRÉ 8 :

### Adaptation des priorités nationales au niveau local en Jamaïque : que se passe-t-il si le processus réussit ?

Le processus de la planification stratégique pour la santé de la reproduction en Jamaïque témoigne bien de la validité de l'approche décentralisée pour fixer les priorités. En réponse à la CIPD de 1994, le MS en Jamaïque a préparé le Cadre stratégique pour la santé de la reproduction au sein du Programme de santé familiale, 2000-2005, en collaboration avec divers groupes concernés.



Le cadre rassemble les diverses composantes de la santé de la reproduction en un plan intégré pour guider les stratégies centrales, régionales et communautaires.

Avec l'assistance de POLICY, le cadre a été diffusé dans 14 paroisses du pays par le biais d'ateliers dans chacune des quatre régions. Les ateliers ont permis de vérifier que les plans de travail au niveau décentralisé étaient conformes au cadre et intégraient les priorités locales et que les plans étaient formulés de manière participative.

Suite aux ateliers de planification stratégique, les responsables sanitaires des régions Ouest et Sud ont préparé des plans annuels avec leurs paroisses qui intègrent les buts, les activités et les indicateurs du cadre stratégique. Les autres régions sont en train de mettre au point des plans analogues. L'intégration de la politique nationale aux plans locaux permettra probablement d'uniformiser les programmes d'une paroisse à l'autre avec pour résultat une meilleure santé de la reproduction pour les habitants.

## Références choisies

- AbouZahr, C. et J.P. Vaughan. 2000. "Assessing the Burden of Sexual and Reproductive Ill-health: Questions Regarding the Use of Disability-Adjusted Life Years." *Bulletin of the World Health Organization* 78(5): 655-666.
- Bollinger, L. et J. Stover. 2000. "How Do AIDS Control Program Managers Make Resource Allocation Decisions?" Washington, D.C.: Futures Group.
- Brugha, R. et Z. Varvasovszky. 2000. "Stakeholder Analysis: A Review." *Health Policy and Planning* 15(3): 239-246.
- Gay, Jill, Karen Hardee, et Kokila Agarwal. 2002. *What Works: A Policy and Program Guide to Effective Evidence-based Reproductive Health and STI/HIV/AIDS Interventions.* (Draft) Washington, DC: Futures Group, Projet POLICY.
- Jones, J. et Duncan Hunter. 1999. "Using the Delphi and Nominal Group Technique in Health Services Research." In *Qualitative Research for Healthcare*, edited by C. Pope and N. Mayes. London: BMJ Publishing Co.
- McGinn, T., D. Maine, J. McCarthy, et A. Rosenfield. 1996. "Setting Priorities in International Reproductive Health Programs: A Practical Framework." New York: Center for Population and Family Health, Columbia School of Public Health.
- Musgrove, P. 1999. "Public Spending on Health Care: How are Different Criteria Related?" *Health Policy* 47(3): 207-223.
- Organisation mondiale de la santé. 1999. *World Health Report.* Geneva: Organisation mondiale de la santé.
- Projet POLICY. 1998. "Setting Priorities for Reproductive Health Services in Nepal." Washington, D.C.: Futures Group, Projet POLICY.
- Projet POLICY. 2000. *The Bangladesh Essential Service Package (ESP) Model: Technical Notes.* Washington, D.C.: Futures Group, Research Triangle Institute, and the Centre for Development and Population Activities.
- Projet POLICY. 2001. *The HIV/AIDS Crisis: How are Finance and Planning Ministries Responding?* Washington D.C.: Futures Group, Projet POLICY.
- Stover, J., L. Bollinger, et K. Cooper-Arnold. 2001. *GOALS Model: For Estimating the Effects of Resource Allocation Decisions on the Achievement of the Goals of the HIV/AIDS Strategic Plan.* Version 2.0. Washington, D.C.: Futures Group.
- Waddell, A. L. (Ed.). 1995. *Achieving Reproductive Health for All: The Role of WHO.* Geneva: Organisation mondiale de la santé (WHO/FHE/95.6).